

Formulario de Evaluación para la Embolización de Fibromas Uterinos (UFE por su siglas en inglés) en Cuidados Venosos y Vasculares de Radiología de UVA

NOMBRE: _____ EDAD: _____
RAZÓN DE LA CITA: _____
MÉDICO DE REFERENCIA: _____ OB/GYN: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

1. Verifique todos los síntomas relacionados con los fibromas que tiene actualmente:
 Sangrado abundante Sangrado entre períodos Coagulación
 Estreñimiento Frecuencia Urinaria Dolor de Espalda
 Dolor de Piernas Dolor/presión pélvica Dolor abdominal
 Distensión abdominal Dolor durante el coito Distensión abdominal
2. ¿Cuántos días dura su período típico? _____
3. Si tiene sangrado abundante, ¿cuántas toallas sanitarias/tampones usa en un período de 24 horas?

4. Si experimenta estreñimiento, ¿cuánto tiempo ha sido un problema? _____
5. ¿Cuánto tiempo has tenido fibromas? _____
6. Describa cualquier otro síntoma de fibroma que tenga: _____

HISTORIA GINECOLOGICA:

1. ¿Cuántas veces has estado embarazada? _____
2. ¿Espera embarazarse en un futuro? _____
3. Fecha de la última prueba de Papanicolaou? _____
4. ¿Ha tenido algún frotis de Papanicolaou anormal? _____
Si es así, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados? _____
5. ¿Tiene antecedentes de anemia? _____
6. En caso afirmativo a la anemia, ¿alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? _____
Si se transfunde, ¿cuándo? _____
7. ¿Ha usado suplementos de hierro? _____
8. ¿Alguna vez ha tenido una biopsia endometrial? _____
En caso afirmativo, ¿cuándo la tuvo y cuáles fueron los resultados? _____
9. ¿Ha recibido tratamiento hormonal para los fibromas? _____
¿Fecha del último tratamiento? _____
¿Si sí, cuál? Control de la natalidad Depo-Provera Estrógen / Progestina Lupron _____
10. ¿Tiene flujo vaginal diferente al sangrado? _____ ¿Tiene olor? _____
11. ¿Alguna historia de infección pélvica (PID o STD)? _____ ¿Si sí, cuándo? _____
12. ¿Alguna vez le han extirpado fibromas quirúrgicamente? _____
13. Enumere cualquier otra cirugía que involucre el útero y los ovarios que haya tenido:

14. Verifique cualquier síntoma que pueda tener relacionado con la menopausia:
 Sofocos Manos/pies fríos Sudores nocturnos Dolores de cabeza
 Mareos Aumento de peso Fatiga Irritabilidad
 Nerviosismo Insomnio Dificultad para concentrarse
15. Enumere cualquier preocupación sexual que pueda estar relacionada con los fibromas:

IMAGEN RECIENTE:

Ultrasonido: _____ MRI: _____
Cuando y donde: _____